|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Tên thủ tục hành chính** | **Cấp thay đổi phạm vi hoạt động chuyên môn trong chứng chỉ hành nghề khám bệnh, chữa bệnh thuộc thẩm quyền của Sở Y tế** | | | | |
| **1** | **Thành phần hồ sơ** | **Bản chính** | **Bản sao** | |
|  | 1. Đơn đề nghị cấp thay đổi phạm vi hoạt động chuyên môn trong chứng chỉ hành nghề theo Mẫu 06 Phụ lục I ban hành kèm theo Nghị định 109/2016/NĐ-CP; | x |  | |
| 2. Bản sao hợp lệ văn bằng, chứng chỉ, giấy chứng nhận chuyên môn phù hợp với phạm vi hoạt động chuyên môn đề nghị thay đổi; |  | x | |
| 3. Bản gốc chứng chỉ hành nghề khám bệnh, chữa bệnh đã được cấp; | x |  | |
| 4. Giấy xác nhận quá trình thực hành quy định tại khoản 3 Điều 5 Nghị định 109/2016/NĐ-CP ; | x |  | |
| 5. Hai ảnh màu 04 cm x 06 cm được chụp trên nền trắng trong thời gian không quá 06 tháng, tính đến ngày nộp đơn. | x |  | |
| **2** | **Số lượng hồ sơ** | | |
|  | 01 bộ | | |
| **3** | **Thời gian xử lý** | | |
|  | - 20 ngày làm việc, kể từ ngày nhận được hồ sơ đầy đủ và hợp lệ  - 90 ngày đối với người có văn bằng chuyên môn được đào tạo tại nước ngoài. | | |
| **4** | **Nơi tiếp nhận và trả kết quả** | | |
|  | - Cách 1: Nộp hồ sơ trực tiếp tại Bộ phận Tiếp nhận và Trả kết quả - Sở Y tế Hà Nội; địa chỉ: Số 4 Sơn Tây - Ba Đình - Hà Nội;  - Cách 2: Địa chỉ tiếp nhận đối với các hồ sơ gửi qua bưu chính: Sở Y tế Hà Nội; địa chỉ: Số 4 Sơn Tây - Ba Đình - Hà Nội . Điện thoại: 0243.7343622;  - Cách 3: Nộp hồ sơ trực tuyến tại Cổng dịch vụ công trực tuyến thành phố Hà Nội (dichvucong.hanoi.gov.vn);  Trả kết quả tại Bộ phận Tiếp nhận và Trả kết quả của Sở Y tế Hà Nội hoặc qua dịch vụ bưu chính công ích. | | |
| **5** | **Lệ phí** | | |
|  | Phí thẩm định: 360.000 đồng | | |

**PHỤ LỤC 1**

**Mẫu 02**

|  |  |
| --- | --- |
| ............[[1]](#footnote-1)...........  ............[[2]](#footnote-2)............  \_\_\_\_\_\_\_\_\_  Số: /GXNTH | **CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM**  **Độc lập - Tự do - Hạnh phúc**  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  *…[[3]](#footnote-3)…, ngày…... tháng….. năm 20….* |

**GIẤY XÁC NHẬN QUÁ TRÌNH THỰC HÀNH**

.......................2........................ xác nhận:

Ông/bà:

Ngày, tháng, năm sinh:

Địa chỉ cư trú:

Giấy chứng minh nhân dân/Số định danh cá nhân/Số hộ chiếu [[4]](#footnote-4):

.………………...……Ngày cấp………….….Nơi cấp:……………..……........

Văn bằng chuyên môn: …………[[5]](#footnote-5)………. Năm tốt nghiệp:…………….

đã thực hành tại.....................2.................. do ………………[[6]](#footnote-6)…….hướng dẫn và đạt kết quả như sau:

1. Thời gian thực hành: [[7]](#footnote-7)8

2. Năng lực chuyên môn: [[8]](#footnote-8)9

3. Đạo đức nghề nghiệp: [[9]](#footnote-9)10

|  |  |
| --- | --- |
|  | **GIÁM ĐỐC**  *(Ký ghi rõ họ, tên và đóng dấu)* |

**PHỤ LỤC 1**

**Mẫu 06**

|  |
| --- |
| **CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM**  **Độc lập - Tự do - Hạnh phúc**  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  *......[[10]](#footnote-10)......., ngày…… tháng…… năm 20.....*  **ĐƠN ĐỀ NGHỊ**  **Cấp thay đổi phạm vi hoạt động chuyên môn**  **trong chứng chỉ hành nghề khám bệnh, chữa bệnh**  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

Kính gửi: ..................................[[11]](#footnote-11).........................................

Họ và tên:

Ngày, tháng, năm sinh:

Địa chỉ cư trú:

Giấy chứng minh nhân dân/Số định danh cá nhân/Số hộ chiếu [[12]](#footnote-12):

.………………...……Ngày cấp………….….Nơi cấp:……………..……........

Điện thoại: ............................................... Email (nếu có):

Văn bằng chuyên môn:………………………. [[13]](#footnote-13)4 ………………………

Số chứng chỉ hành nghề:……………Ngày cấp………….Nơi cấp……...

Phạm vi hoạt động chuyên môn đã được cấp:

Phạm vi hoạt động chuyên môn đề nghị thay đổi:

Tôi xin gửi kèm theo đơn này bộ hồ bao gồm các giấy tờ sau đây[[14]](#footnote-14):

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. | Bản sao hợp lệ văn bằng, chứng chỉ, giấy chứng nhận chuyên môn |  |
| 2. | Giấy xác nhận quá trình thực hành |  |
| 3. | Bản gốc chứng chỉ hành nghề khám bệnh, chữa bệnh đã được cấp |  |
| 4. | Hai ảnh màu (nền trắng) 04 cm x 06 cm |  |

Kính đề nghị quý cơ quan xem xét và cấp thay đổi phạm vi hoạt động chuyên môn trong chứng chỉ hành nghề khám bệnh, chữa bệnh cho tôi./.

|  |  |
| --- | --- |
|  | **NGƯỜI LÀM ĐƠN**  *(Ký và ghi rõ họ, tên)* |

1. Tên cơ quan chủ quản của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh. [↑](#footnote-ref-1)
2. Tên cơ sở khám bệnh, chữa bệnh. [↑](#footnote-ref-2)
3. Địa danh. [↑](#footnote-ref-3)
4. Ghi một trong ba thông tin về số chứng minh nhân dân hoặc số định danh cá nhân hoặc số hộ chiếu còn hạn sử dụng. [↑](#footnote-ref-4)
5. Ghi văn bằng theo đơn của người đăng ký thực hành. [↑](#footnote-ref-5)
6. Họ và tên người chịu trách nhiệm chính trong việc hướng dẫn thực hành. [↑](#footnote-ref-6)
7. 8 Ghi cụ thể thời gian thực hành từ ngày …. tháng …năm…. đến ngày…. tháng ….năm… [↑](#footnote-ref-7)
8. 9 Nhận xét cụ thể về khả năng thực hiện các kỹ thuật chuyên môn theo chuyên khoa đăng ký thực hành. [↑](#footnote-ref-8)
9. 10 Nhận xét cụ thể về giao tiếp, ứng xử của người đăng ký thực hành đối với đồng nghiệp và người bệnh. [↑](#footnote-ref-9)
10. Địa danh. [↑](#footnote-ref-10)
11. Tên cơ quan cấp chứng chỉ hành nghề. [↑](#footnote-ref-11)
12. Ghi một trong ba thông tin về số chứng minh nhân dân hoặc số định danh cá nhân hoặc số hộ chiếu còn hạn sử dụng. [↑](#footnote-ref-12)
13. 4 Văn bằng chuyên môn ghi theo đối tượng xin cấp chứng chỉ hành nghề quy định tại Điều 17 Luật khám bệnh, chữa bệnh hoặc các văn bằng chuyên môn khác. [↑](#footnote-ref-13)
14. Đánh dấu X vào ô vuông tương ứng với những giấy tờ có trong hồ sơ. [↑](#footnote-ref-14)